

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 30

Les antécédents pleuraux
dans les arthrites et synovites tuberculeuses
Valeur séméiologique et pronostique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges GOMET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 22 Juillet 1905 à GIRY (Nièvre)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

Les ANTÉCÉDENTS PLEURAUX
dans les ARTHRITES et SYNOVITES TUBERCULEUSES
VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE et PRONOSTIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les antécédents pleuraux
dans les arthrites et synovites tuberculeuses
Valeur séméiologique et pronostique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 17 Novembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Georges GOMET

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 22 Juillet 1905 à GIRY (Nièvre)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

—
1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL, VALLAS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FRÉMONT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienné MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	X.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
ROCHAIX	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
RHENTER	DUFOUT	GATE	EPARVIER
MAZEL	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINET
SANTY	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (André)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)
CHALIER (Joseph)			

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TIXIER, président ; SANTY, asesseur ;
CHALIER A, et POLLOSSON, agrégés.



La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail, faible
remerciement de leurs sacrifices et
de leur bonté, témoignage de ten-
dresse et d'affection sans borne.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TIXIER

Officier de la Légion d'honneur
Professeur de clinique chirurgicale

Nous lui adressons nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en nous inspirant le sujet de ce travail et en acceptant la présidence. Qu'il veuille bien croire à notre profonde reconnaissance pour son enseignement à l'Hôpital.

AU DOCTEUR CLAVEL

Chef de Clinique chirurgicale
Prosecteur à la Faculté

Qui nous a guidé et conseillé dans l'exécution de ce travail. Qu'il trouve ici l'expression de nos sincères remerciements.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Les ANTÉCÉDENTS PLEURAUX
dans les ARTHRITES et SYNOVITES TUBERCULEUSES
VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE et PRONOSTIQUE

Introduction

La tuberculose des articulations est un fait bien connu aujourd'hui : une large place lui est réservée dans tous les traités de pathologie chirurgicale.

Les auteurs font remarquer, à juste titre, que faire le diagnostic de tumeur blanche de telle ou telle articulation, surtout lorsqu'elle est en pleine évolution, n'est pas suffisant, et qu'avant de songer au traitement, il sera très important pour le médecin de rechercher les antécédents du malade tant au point de vue héréditaire que personnel, car, peut-être, il y découvrira des renseignements précieux lui permettant d'en tirer une valeur séméiologique et pronostique pour le cas qu'il est appelé à soigner.

M. le Professeur Tixier, ayant remarqué que, fréquemment, il retrouvait dans les antécédents des malades atteints d'arthrites ou de synovites tuberculeuses la trace d'une pleurésie antérieure, attira notre attention de ce côté. Il nous chargea de mettre en évidence cette fréquence et de voir quelle était sa valeur

séméiologique, et si elle n'apportait pas une valeur pronostique de gravité ou de bénignité pour l'arthrite qui en fut la conséquence.

Pour faire ce travail, nous avons relevé les 100 derniers cas consécutifs non triés de synovites et arthrites tuberculeuses soignées dans le service de M. le Professeur Tixier.

Nous avons essayé que nos observations soient aussi complètes que possible : pour cela nous avons relevé avec le plus grand soin toutes les preuves histologiques, bactériologiques ou anatomo-pathologiques signalées. Mais malheureusement toutes n'en avaient pas. Pour les compléter dans la mesure du possible, nous avons écrit aux malades et même nous en avons revu certains. Nous n'avons gardé comme antécédents pleurétiques sûrs que les cas qui avaient été ponctionnés et ceux dont les symptômes cliniques accusés par le malade, ne faisaient aucun doute : début insidieux, durée de six semaines, point de côté violent, dyspnée vive, absence d'expectoration, séquelles laissées.

Nous avons éliminé systématiquement les cas auxquels on avait donné l'étiquette « points pleurétiques » et dont nous n'avions aucun élément pouvant nous permettre de croire qu'il s'agissait d'une pleurésie séro-fibrineuse.

Nous insistons sur le fait que les documents présentés dans ce travail ne sont pas d'une rigueur scientifique absolue : nous n'avons pas pour chaque cas, d'une part, la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse du liquide pleural, ni d'autre part le résultat anatomo-pathologique et bactériologique de

l'examen de la synoviale ou de l'articulation réséquée.

Nous pensons cependant que le diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse est suffisamment précisé par les tests d'antécédents que nous avons adoptés et que nous citons ci-dessus.

D'autre part, la nature tuberculeuse des arthrites est suffisamment signée par le diagnostic d'un chirurgien expérimenté et l'aspect macroscopique des fongosités ; à ce dernier point de vue il y a des examens anatomo-pathologiques dans la plupart des observations.

Dans un premier chapitre, nous signalerons brièvement les observations des malades atteints d'arthrites ou synovites tuberculeuses n'ayant pas présenté de pleurésie séro-fibrineuse antérieure, en notant simplement les antécédents tuberculeux du malade, s'il y en a, et le diagnostic exact de l'affection qu'il présente.

Dans un deuxième chapitre, nous résumerons les observations des malades ayant présenté une pleurésie séro-fibrineuse antérieure à l'arthrite ou synovite tuberculeuse qui a motivé leur entrée dans le service.

Dans un troisième chapitre, nous ferons l'étude critique de ces observations : nous montrerons la fréquence de l'antécédent pleurétique par rapport aux autres antécédents tuberculeux caractérisés ; le temps moyen qui s'écoule entre lui et l'arthrite ou synovite en cause, et nous verrons son influence sur le pronostic de ces localisations tuberculeuses synoviales ou articulaires qui lui succèdent.

C'est à M. le Professeur Tixier que revient l'idée première de ce travail. Qu'il nous permette de le remercier ici de l'honneur qu'il nous a fait en nous le confiant et de tous les conseils qu'il nous a donnés durant nos études médicales.

Nous tenons aussi à témoigner notre vive reconnaissance à M. le Docteur Clavel, chef de clinique chirurgicale, qui, avec grande bienveillance, nous a guidé dans l'exécution de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Observations

**Malades atteints d'arthrites ou synovites
tuberculeuses n'ayant pas présenté de pleurésie
séro-fibrineuse auparavant**

OBSERVATION I. — P. M..., 24 ans.

Mère morte bacillaire.

Personnellement, broncho-pneumonie dans l'enfance.

Entré dans le service pour une arthrite tuberculeuse de l'épaule, la résection montre qu'il s'agit d'une forme fongueuse.

OBSERVATION II. — J. D..., 18 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel. Il présente une coxalgie dont la radiographie montre des lésions très nettes sur la tête fémorale et surtout sur le rebord du cotyle.

OBSERVATION III. — L. G..., 15 ans.

Aucun antécédent héréditaire.

Personnellement, bonne santé habituelle. A un spina-ventosa de la main droite.

A une arthrite tuberculeuse du coude. La résection montre qu'il s'agit d'une forme synoviale exubérante.

OBSERVATION IV. — P. M. D..., 76 ans.

Marié deux fois : sa première femme est morte de tuberculose.

De sa deuxième, il a eu 10 enfants presque tous morts.

Personnellement, il tousse beaucoup. N'a cependant aucun signe net de tuberculose pulmonaire.

Il présente une arthrite tuberculeuse du poignet.

OBSERVATION V. — R. N..., 59 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne droite : grosse tuméfaction rétro-malléolaire, gros ganglions inguinaux. La radio montre une ostéite tuberculeuse localisée à la partie interne de l'interligne tibio-tarsien ainsi qu'au niveau de l'articulation sous-astragalienne.

On lui fait une amputation de jambe.

OBSERVATION VI. — J. A..., 37 ans.

Antécédents non connus.

Personnellement, tuberculeux pulmonaire certain :
a eu 4 hémoptysies.

Astragalectomie en 1923 pour tuberculose du coude-pied gauche.

Amputation de jambe faite à Paris en 1921, pour récédive de tuberculose.

Aujourd'hui, tumeur blanche du coude nécessitant une résection.

OBSERVATION VII. — J. J..., 36 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement est un tuberculeux pulmonaire : hémoptysie il y a un an. Signes cavitaires évolutifs.

A eu, il y a 18 mois, une hydarthrose du genou gauche qui, aujourd'hui, est une belle tumeur blanche avec deux fistules nécessitant une amputation.

Mort de tuberculose généralisée.

OBSERVATION VII. — M. T..., 60 ans.

Antécédents héréditaires non connus.

Personnellement n'a jamais été malade.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou gauche, caractérisée par un genou globuleux, limitation des mouvements, points douloureux au niveau de l'interligne et radiographie.

OBSERVATION IX. — M^{me} M. M..., 69 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche, avec œdème rétro-malléolaire, point douloureux sur le bord postérieur de la malléole interne, atrophie considérable de la jambe.

OBSERVATION X. — G. P..., 31 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement, broncho-pneumonie dans l'enfance.

Présente une tumeur blanche du genou nécessitant une résection : l'examen anatomo-pathologique de la pièce confirme le diagnostic.

OBSERVATION XI. — H. L..., 25 ans.

Ne sait rien sur ses parents.

N'a jamais été malade.

Présente une synovite fongueuse du poignet gauche.

OBSERVATION XII. — C. G..., 25 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement a fait l'année dernière une affection pulmonaire avec toux opiniâtre, légère hémoptysie, expectoration abondante, amaigrissement, évolution longue, convalescence prolongée.

Aujourd'hui, il présente une tumeur blanche du genou droit.

OBSERVATION XIII. — C. D..., 53 ans.

Quatre frères morts en bas-âge.

Personnellement s'est toujours bien porté.

Présente une arthrite tuberculeuse du coude droit confirmée par l'examen histologique.

OBSERVATION XIV. — C. M..., 25 ans.

Aucun antécédent héréditaire collatéral ou personnel.

Présente une tumeur blanche du genou droit nécessitant une résection : l'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une forme presque uniquement synoviale.

OBSERVATION XV. — M^{lle} M. V..., 20 ans.

Père mort d'affection gastrique. Trois frères morts en bas-âge.

Personnellement peu robuste : grippe en 1918. A maigri depuis quelque temps.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou droit avec abcès externe. Cet abcès ponctionné, on trouve des bacilles de Koch dans le pus recueilli. On fait une synovectomie.

OBSERVATION XVI. — A. K..., 24 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Présente une tumeur blanche de l'épaule gauche nécessitant une résection qui nous indique qu'il s'agit d'une forme de synovite fongueuse rouge hémorragique grave.

OBSERVATION XVII. — M^{me} L. R. P., 36 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse du poignet gauche confirmée histologiquement. Résection.

OBSERVATION XVIII. — M^{me} P. Tesse, 48 ans.

Mère morte d'affection pulmonaire.

Mari mort à 25 ans bacillaire.

A eu 5 enfants dont 4 sont morts de méningite de 6 mois à 7 mois.

Personnellement ne semble pas tuberculeuse.

Présente une synovite à grains riziformes du poignet droit.

OBSERVATION XIX. — M. L..., 53 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou nécessitant une amputation de cuisse. Le diagnostic est confirmé anatomo-pathologiquement.

OBSERVATION XX. — J. T..., 17 ans.

Père et mère en bonne santé.

Personnellement aucun antécédent tuberculeux.

Présente une tumeur blanche du genou gauche.

OBSERVATION XXI. — B. B..., 39 ans.

Antécédents familiaux inconnus.

Personnellement se porte bien.

Présente une tumeur blanche du genou nécessitant une résection. Le diagnostic est confirmé anatomo-pathologiquement.

OBSERVATION XXII. — A. D....

Malade atteint de tuberculose pulmonaire. Soigné au Perron, on l'envoie dans le service pour abcès de la région du coude.

Il présente une arthrite tuberculeuse du coude.
La ponction donne lieu à un écoulement de fongosités puriformes, dont l'inoculation est positive.

OBSERVATION XXIII. — H. S..., 25 ans.

Parents en bonne santé. Un frère coxalgique. Deux autres frères bien portants.
Personnellement se porte bien.
Présente une arthrite tuberculeuse du poignet droit.

OBSERVATION XXIV. — M^{lle} A. D..., 19 ans.

Parents en bonne santé. Un frère mort à 3 ans, de méningite.
Personnellement a une gibbosité Pottique.
Présente une arthrite tuberculeuse du genou. La ponction donne un liquide séreux, gommeux, synovial, dans lequel on retrouve des grumeaux puriformes. Inoculation positive.

OBSERVATION XXV. — M^{lle} L. S..., 15 ans.

Aucun antécédent tuberculeux héréditaire, collatéral ou personnel.
Présente une arthrite tuberculeuse fistulisée du poignet droit.

OBSERVATION XXVI. — Ph. B..., 71 ans.

Bonne santé antérieure, sauf bronchites fréquentes.
Présente une tumeur blanche tibio-tarsienne ; on lui fait une amputation de jambe ; 6 mois après, le genou étant pris à son tour, on lui fait une amputation de cuisse.

OBSERVATION XXVII. — R. V..., 18 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.
Personnellement, pneumonie à 4 ans. Pas de stigmate de tuberculose.
Présente une arthrite tuberculeuse du poignet gauche.

OBSERVATION XXVIII. — J. P..., 55 ans.

Aucun antécédent héréditaire.
Personnellement, bronchites tous les hivers. Toux fréquente.
A une synovite à grains riziformes fistulisée du poignet droit.

OBSERVATION XXIX. — R. T..., 16 ans.

Mère morte de tuberculose pulmonaire.
Personnellement est un tuberculeux pulmonaire évolutif (sueurs, température, quelques petits râles crépitants fins et même quelques craquements sous la clavicule gauche).
L'examen clinique et la radio montrent qu'il a une coxalgie droite.

OBSERVATION XXX. — A. D..., 49 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.
Personnellement, il souffre d'un rhumatisme déformant.
Présente une sacro-coxalgie droite. On fait une ponction qui donne du pus mal lié, grumeleux, dont l'inoculation est positive.

OBSERVATION XXXI. — D. P..., 25 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Règlée régulièrement à 13 ans. S'enrhume facilement les hivers et tousse presque continuellement.

Présente une tumeur blanche du genou gauche, nécessitant une résection du genou. L'examen de la pièce montre que nous sommes en présence d'une forme fongueuse.

OBSERVATION XXXII. — L. B..., 22 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement est un éthylique qui a une tuberculose ulcéro-caséuse pulmonaire bilatérale.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou gauche. L'amputation étant faite, on voit qu'il s'agit de lésions synoviales portées au maximum : le fémur baignant dans une masse de fongosités purulentes.

Inoculation positive.

OBSERVATION XXXIII. — M^{me} P. R..., 21 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

La radio montre une obscurité du sommet droit et une adénopathie trachéo-bronchique bilatérale.

A une tumeur blanche du poignet droit.

OBSERVATION XXXIV. — H. G., 24 ans.

Rien à retenir de ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement : A 3 ans, adénite cervicale nécessitant un curettage.

A 5 ans, chute sur le genou droit, suivie de douleurs et d'enflure ; immobilisation et mise en plâtre : le malade guérit à 7 ans avec ankylose.

A 14 ans, rechute avec fistules ; mise en plâtre ; cette tumeur blanche fistulisée se guérit encore.

A 24 ans, nouvelle rechute, on est obligé de faire une résection.

OBSERVATION XXXV. — M. D..., 29 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement, est un tuberculeux pulmonaire fibreux.

Présente une sacro-coxalgie, mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION XXXVI. — M^{me} A. N..., 62 ans.

A eu 6 enfants, 3 sont morts : un un bas-âge, un autre à 25 ans de phtisie, un mort-né.

Personnellement, a le sommet gauche obscur avec râles sous-crépitaux.

Présente une tuberculose scapulo-humérale droite avec gros abcès. On le ponctionne. Mort 15 jours après.

OBSERVATION XXXVII. — M^{me} A. D...

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une tumeur blanche du genou nécessitant une résection : il s'agit d'une forme proliférante fongueuse exubérante.

OBSERVATION XXXVIII. — M. M..., 21 ans.

Aucun stigmate de tuberculose, tant personnel qu'héréditaire.

A une tuberculose du tarse gauche nécessitant l'ablation du cuboïde, du scaphoïde et des 1^{er}, 2^e et 3^e cunéiformes qui sont noyés dans de nombreuses fongosités articulaires.

OBSERVATION XXXIX. — M^{me} V^{re} P..., 31 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Son mari, gazé pendant la guerre est mort tuberculeux.

L'auscultation de son appareil pulmonaire montre une respiration rude au sommet droit avec quelques signes adventices et des craquements.

Présente une tumeur blanche de l'épaule fistulisée nécessitant une résection.

OBSERVATION XL. — M^{lle} C. T..., 22 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une sacro-coxalgie mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION XLI. — M^{me} M. F..., 23 ans.

Aucun antécédent bacillaire tant héréditaire que personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou droit nécessitant une résection. L'examen anatomo-pathologique montre la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION XLII. — J. B. S..., 65 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne nécessitant une amputation de jambe.

OBSERVATION XLIII. — L. B..., 19 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse fistulisée du cou-de-pied gauche.

OBSERVATION XLIV. — M^{me} M.-R. D..., 35 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une tumeur blanche du genou droit nécessitant une résection : il s'agit d'une forme lipomateuse floride avec gros os spongieux possédant des tubercules en évolution.

OBSERVATION XLV. — M^{lle} G. F..., 21 ans.

Père mort d'affection inconnue. Mère bien portante.

Personnellement est sujette aux angines et aux adénopathies cervicales.

Présente une tumeur blanche du genou gauche nécessitant une résection : les fragments de tissu conjonctif dense examinés montrent la présence de cellules géantes.

OBSERVATION XLVI. — M^{me} M. G..., 30 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement, broncho-pneumonie à 2 ans.

Tousse beaucoup les hivers. Rien aux poumons cependant.

Présente une tumeur blanche du genou gauche.

OBSERVATION XLVII. — H. L..., 17 ans.

Antécédents : une sœur morte à 14 ans de méningite tuberculeuse.

Personnellement : une bronchite à 4 ans.

Présente une tumeur blanche du poignet gauche nécessitant une résection. L'examen anatomopathologique confirme la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION XLVIII. — J. B..., 40 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement hémoptysie abondante à 17 ans, une deuxième à 18 ans, une autre à 19 ans. Rien depuis.

Aujourd'hui a une arthrite tibio-tarsienne droite tuberculeuse ayant nécessité une amputation.

OBSERVATION XLIX. — A. M...

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Il présente un kyste synovial tuberculeux du poignet avec une arthrite sous-jacente et une ostéite du semi-lunaire nettement mis en évidence par la radiographie.

OBSERVATION L. — M. F..., 17 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse de l'articulation tibio-tarsienne gauche ayant nécessité une amputation de jambe.

OBSERVATION LI. — C. M..., 64 ans.

Antécédents : un frère mort de pleurésie.

Personnellement : crise de rhumatisme articulaire dans sa jeunesse. Marié, sa femme et ses trois enfants se portent bien.

Présente une arthrite tuberculeuse de l'articulation médio-tarsienne gauche, mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION LII. — J. V..., 26 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou gauche.

L'intervention montre qu'il s'agit d'une forme fongueuse.

OBSERVATION LIII. — M^{me} S. P..., 28 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement, réglée régulièrement à 13 ans.

Fait une bronchite suspecte à 25 ans, suivie d'hémoptysie.

Adénites cervicales chroniques.

Présente une ostéo-arthrite calcanéo-cuboïdienne tuberculeuse du pied gauche.

OBSERVATION LIV. — M^{me} O. D..., 45 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement : typhoïde à 12 ans. S'est mariée à 34 ans : son mari a une fille de 20 ans qui est bacillaire.

Présente une tumeur blanche du genou droit nécessitant une résection : il s'agit d'une forme fongueuse synoviale.

OBSERVATION LV. — M^{lle} J. D..., 17 ans.

Aucun antécédent bacillaire héréditaire, personnel ou collatéral.

Présente une arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne droite nécessitant une astragalectomie.

OBSERVATION LVI. — M^{me} J. F..., 61 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

A une arthrite médio-tarsienne et sous-astragalienne gauche tuberculeuse mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION LVII. — M^{me} A. T..., 30 ans.

Aucun antécédent tuberculeux héréditaire.

Personnellement, aurait fait à 20 ans une synovite du poignet gauche.

Aujourd'hui, présente une tumeur blanche de ce poignet nécessitant la résection. L'examen anatomo-pathologique confirme la nature tuberculeuse de l'affection.

OBSERVATION LVIII. — M^{lle} A. V..., 16 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.
Aurait fait une hémoptysie il y a deux ans.
Présente aujourd'hui une coxalgie gauche.

OBSERVATION LIX. — M^{me} L. M..., 44 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel, mais
a perdu récemment un enfant de 7 ans de mé-
ningite tuberculeuse.
Elle a une arthrite tuberculeuse du genou droit.

OBSERVATION LX. — J. F..., 23 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou per-
sonnel.
Présente une tumeur blanche du coude gauche,
nécessitant la résection ; il s'agit d'une forme
synoviale exubérante.

OBSERVATION LXI. — G. Ch..., 29 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.
Présente une tumeur blanche du genou gauche.
Résection : il s'agit d'une forme fongueuse.

OBSERVATION LXII. — L. M..., 17 ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux inconnus.
Personnellement est un tuberculeux pulmonaire
avancé.
Présente une arthrite tuberculeuse du genou gau-
che.

OBSERVATION LXIII. — H. D..., 24 ans.

Aucun antécédent bacillaire héréditaire ou personnel.

Présente une coxalgie droite mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION LXIV. — A. R..., 26 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou droit, nécessitant une résection : il s'agit d'une forme presque uniquement synoviale.

OBSERVATION LXV. — B. G...

Aucun antécédent héréditaire.

Personnellement, sueurs nocturnes, perte de l'appétit, amaigrissement. Lésions pulmonaires tuberculeuses à l'auscultation.

Présente une synovite des gaines du poignet gauche.

OBSERVATION LXVI. — L. G..., 28 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement a présenté dans son enfance une adénite cervicale suppurée. A toujours de nombreux ganglions cervicaux.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou gauche.

OBSERVATION LXVII. — L. M..., 40 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne
ayant nécessité une amputation de jambe.

OBSERVATION LXVIII. — A. D..., 38 ans.

Aucun antécédent héréditaire.
Personnellement est un tuberculeux avancé.
Présente une coxalgie gauche : la radiographie
montre des lésions tuberculeuses profondes.

OBSERVATION LXIX. — J. V..., 26 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.
Présente une tumeur blanche du poignet gauche
nécessitant une résection.

OBSERVATION LXX. — H.-J. G..., 38 ans .

Aucun antécédent héréditaire ou personnel.
Présente une sacro-coxalgie mise en évidence par
la radiographie.

OBSERVATION LXXI, — A. T..., 19 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.
Présente une arthrite tuberculeuse du genou droit,
nécessitant une résection : les fragments de tissu
conjonctif dense examinés, montrent la présence
de cellules géantes.

OBSERVATION LXXII. — M. B..., 52 ans.

Ses parents étaient tuberculeux.
Lui-même est un tuberculeux pulmonaire.
Il présente une tumeur blanche du poignet gauche.

OBSERVATION LXXIII. — L. B..., 49 ans.

Aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Présente une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude droit ayant nécessité une résection : on est en présence d'une forme synoviale.

OBSERVATION LXXIV. — H. Ch..., 28 ans.

Père mort bacillaire.

Personnellement a fait un mal de Pott.

Présente une arthrite tuberculeuse du genou gauche, mise en évidence par la radiographie.

OBSERVATION LXXV. — A. C..., 24 ans.

Aucun antécédent héréditaire.

Personnellement a craché du sang il y a un mois.

Matité et craquement au sommet droit.

Présente une tumeur blanche de l'articulation tibio-tarsienne avec deux fistules. On lui fait une astragalectomie.

OBSERVATION LXXVI. — M^{me} M. S..., 31 ans.

Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

Personnellement, s'enrhume facilement : fait des bronchites fréquentes avec points de côté congestifs. Pas de fausse-couche.

Présente une hydarthrose tuberculeuse du genou droit.

OBSERVATION LXXVII. — A. D..., 32 ans.

Père mort de pleurésie à 42 ans.

Personnellement, Mal de Pott avec abcès qui guérit
à l'âge de 22 ans.

Aujourd'hui est un coxalgique.

OBSERVATION LXXVIII. — A. F..., 22 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement est sujet aux bronchites dont une
fut très sérieuse.

Présente une sacro-coxalgie droite avec abcès.

OBSERVATION LXXIX. — P. C..., 42 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement a fait une hémoptysie assez grave,
il y a deux ans.

Présente aujourd'hui une tumeur blanche du ge-
neau droit.

OBSERVATION LXXX. — J.-M. B...

Aucun antécédent héréditaire.

Personnellement est délicat. A une bronchite qui
dure depuis plus de deux mois, avec expec-
toration purulente.

Présente une sacro-coxalgie avec abcès dans la fosse
iliaque supéro-externe gauche. Ponction, inocu-
lation positive.

CHAPITRE II

Observations

Malades atteints d'arthrites ou synovites tuberculeuses ayant présenté une pleurésie séro-fibrineuse auparavant

OBSERVATION I. — G. G..., 25 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse droite, six mois après synovite
fongueuse des extenseurs du poignet gauche.*

Aucun antécédent bacillaire.

Personnellement, il a présenté dans son enfance de nombreux ganglions qui n'ont jamais suppuré.

En janvier 1930, il fait une pleurésie à la base droite ayant duré deux longs mois; elle ne fut pas ponctionnée mais seulement soignée par topiques et pointes de feu. La convalescence fut longue.

En août 1930, apparaît sur la face dorsale de son poignet gauche, une tuméfaction au-dessus de l'interligne articulaire, qui a augmenté progressivement et qui, aujourd'hui, a une consistance molle, un peu rénitente. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse ou articulaire.

L'intervention, faite en décembre 1930, montre qu'il s'agit d'une synovite fongueuse des extenseurs avec pus. L'examen bactériologique signe la nature tuberculeuse de cette inflammation. Depuis un an qu'il est opéré : il se porte très bien et ne présente aucun trouble articulaire.

OBSERVATION II. — J. L..., 34 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite, trois mois après ostéo-arthrite tuberculeuse du genou droit. Résection.

Antécédents héréditaires et collatéraux peu suspects de tuberculose : Deux frères morts en bas âge de congestion pulmonaire.

Personnellement, à huit ans, il fait une chute sur l'épaule, l'immobilisant trois semaines au lit. Il lui reste une gêne fonctionnelle qui l'exempt du service militaire. Marié, sa femme et ses enfants se portent bien.

En janvier 1924, il fait une pleurésie droite avec dyspnée considérable, soignée par topiques. A duré un bon mois et demi. Aujourd'hui, l'auscultation montre une diminution nette du murmure respiratoire de ce côté et quelques frottements.

En mai 1924, après une longue course en bicyclette, il ressent une douleur dans le genou droit, et voit son genou enfler progressivement. Il resta trois ans à souffrir. Ce n'est qu'en 1928 que les douleurs étant atroces et ne pouvant plus s'appuyer sur sa jambe, qu'il entre à l'hôpital.

Actuellement, couché, il ne souffre pas; son genou est très gros et ankylosé en demi-flexion, les mouvements sont impossibles.

La radiographie montre un interligne flou avec disparition de cette ligne. On pose le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

On lui fait une résection.

L'inoculation au cobaye fut positive.

Résultats excellents : Un an et demi après, le malade nous dit se bien porter et être aussi fort qu'avant : « Il peut porter un sac de 100 kilos sans fatigue. »

OBSERVATION III. — J. B..., 16 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite, un an après ostéo-arthrite tuberculeuse du genou gauche. Amputation.

Antécédents : Une sœur morte de méningite tuberculeuse à vingt ans.

Personnellement, bonne santé jusqu'en avril 1928 : il fait une pleurésie droite avec gros épanchement, dyspnée considérable, point de côté violent, durée d'un bon mois et demi et suivie d'une convalescence de deux mois.

En mai 1928, il a une hydarthrose du genou gauche soignée par topiques. Elle récidive en décembre : les topiques et la mise en plâtre n'y font rien.

Actuellement (mai 1929), son genou est énorme avec une fistule du côté interne laissant couler du pus grumeleux; les mouvements sont très limités et très douloureux.

La radiographie montre une décalcification intense des os de l'articulation.

L'amputation de la cuisse ayant été faite, l'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou, forme fongueuse exubérante, ayant distendu au maximum les culs-de-sac synoviaux et ayant fusé entre les jumeaux et le soléaire et dans le creux poplité.

Depuis ce jour, le malade va très bien.

OBSERVATON IV. — L. G..., 24 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche, deux ans après tumeur blanche du coude droit. Résection.

Ses parents, frère et sœur sont en excellente santé.

Personnellement n'a présenté aucune maladie dans son enfance. Vers 19 ans, il fait une pleurésie gauche, accompagnée d'un point de côté violent, sans toux, ni expectoration. Elle a duré 6 semaines. Sa convalescence traîna un peu. Actuellement l'examen pulmonaire nous donne : submatité et diminution du murmure vésiculaire de ce côté.

Ajourné une première fois à Toulon, puis pris à Lyon, il contracte durant son service une bronchite qui le fait réformer. Il va à la montagne et depuis se porte bien.

Depuis deux ans, il se met à souffrir au niveau du coude droit : on lui fait des pointes de feu et il va mieux ; mais depuis 2 mois, nouvelles douleurs accompagnées d'un gonflement du coude, de perte de force.

Il se présente à nous le coude très gros, les muscles du bras et de l'avant-bras très atrophiés. Les mouvements de flexion et d'extension sont douloureux et très limités. Palpation douloureuse surtout au niveau de l'olécrane et de l'épicondyle.

L'immobilisation en plâtre de son coude n'ayant rien donné, on lui fait une résection : on se trouve en présence d'une synovite fongueuse bourgeonnante sans lésion osseuse.

Excellent résultat : il se porte bien et ne s'est jamais senti de son coude.

OBSERVATION V. — A. M..., 23 ans.

Pleurésie sèche séro-fibrineuse gauche, un an après arthrite tuberculeuse du pouce droit. Amputation.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement s'est bien porté jusqu'à 20 ans, date à laquelle il fit une pneumonie gauche. L'année suivante, il fit une pleurésie sèche du même côté l'obligeant à garder le lit un mois et demi, et de laquelle, il ne s'est jamais remis complètement, ressentant des points douloureux dès le moindre froid.

Il y a 6 mois, il se serait foulé le pouce droit qui depuis serait resté gros et douloureux. Aujourd'hui, il se présente à nous avec un pouce augmenté de volume, rouge, donnant issue à du pus jaunâtre par une fistule située au niveau de l'articulation phalango-phalangienne ; la palpation est douloureuse, les mouvements sont très limités : l'articulation phalango-phalan-

gienne est bloquée. Ceci nous fait poser le diagnostic d'arthrite tuberculeuse phalango-phalangienne du pouce. L'intervention montre une articulation bourrée de fongosités et la phalange du pouce étant complètement perdue on fait une désarticulation.

Le malade, aujourd'hui, va parfaitement bien et ne présente aucun stigmate bacillaire.

OBSERVATION VI. — L. M..., 60 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche, un an après tumeur blanche du genou droit. Résection.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement il est sujet à des bronchites les hivers, avec toux et expectoration. A 35 ans, il aurait fait une petite hémoptysie. Il y a deux ans, il a eu une pleurésie gauche l'ayant immobilisé assez longtemps au lit, qui fut ponctionnée : on a retiré du liquide jaunâtre dit-il, et dont aujourd'hui l'examen pulmonaire nous montre la persistance de quelques séquelles : submatité et frottements.

L'affection que le malade présente aujourd'hui remonterait à l'année dernière : en se promenant il aurait ressenti dans son genou droit un craquement suivi de tiraillements douloureux. Le malade vit ensuite la douleur augmenter et son genou enfler : il se mit à boiter.

Aujourd'hui il se présente à nous avec un gros genou, les culs-de-sac synoviaux étant très distendus, de consistance fluctuante. On note un point douloureux au niveau de la partie antéro-interne du plateau tibial, un empâte-

ment du creux poplité, des mouvements articulaires très limités, une atrophie de la cuisse de 2 cm., une légère adénopathie inguinale. La radio montre un peu de décalcification diffuse et un aspect pommelé du côté antérieur de la trochlée.

On fait une résection. Il s'agit *d'une synovite fongueuse du genou* généralisée à toute la synoviale.

Nous n'avons pu savoir ce que le malade était devenu.

OBSERVATION VII. — L. R... D..., 30 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse gauche,
4 ans après sacro-coxalgie.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral. Personnellement s'est très bien porté jusqu'à la guerre. En 1918, il avait alors 24 ans, il fait un *épanchement pleural gauche* qui débute par un point de côté violent, qui fut suivi de dyspnée vive. On le ponctionna ; il dura 6 semaines. Mais depuis il s'en est toujours ressenti et dit ne faire qu'avec peine son métier de cultivateur. L'examen pulmonaire actuel montre un peu de submatité à la base gauche avec obscurité respiratoire sans signe surajouté. Depuis deux ans, il se plaint de douleurs vagues dans la région de la fesse droite, et d'être gêné pour se baisser. A la limite droite de la région sacrée nous apparaît une légère tuméfaction rouge, fluctuante s'étendant en dehors jusqu'à l'épine iliaque postéro-supérieure. A sa partie externe on sent un bourrelet dur et à ce ni-

veau qui correspond à l'interligne sacro-iliaque droit, on a un point douloureux très net. On diagnostique une *sacro-coxalgie avec abcès*.

On fait une ponction de l'abcès, l'inoculation est positive. Depuis on a fait neuf autres ponctions, le malade va mieux, mais n'est pas complètement guéri : il est gêné pour faire son métier de cultivateur.

OBSERVATION VIII. — Mme J. P..., 25 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse droite,
8 ans après coxalgie droite.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement est réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans. A 16 ans, elle fait une pleurésie séro-fibrineuse de la base droite, soignée par topiques d'abord, puis ponctionnée. Elle est longue à s'en remettre. Depuis la malade ne présente aucun autre stigmatte d'affections pulmonaires.

Depuis 6 mois, la malade se fatigue à marcher, son membre inférieur droit lui paraît plus faible, et elle ressent une douleur au niveau de la région inguinale, se calmant par le repos. Puis les douleurs cessent un peu et apparaît une tuméfaction au pli de l'aîne. Aujourd'hui, les douleurs ont repris de plus belles, elle boite nettement ; couchée sa jambe se met en attitude vicieuse : rotation externe et abduction, les mouvements de flexion et d'abduction sont limités, la cuisse est atrophiée de 1 cm. Dans la région inguinale droite, on trouve une tumé-

faction étalée, rénittente, non douloureuse, semblant profonde et fluctuante.

Tous ces signes réunis nous font poser le diagnostic de coxalgie droite avec abcès qui fut d'ailleurs confirmé par la radiographie. On a ponctionné l'abcès, l'inoculation fut positive.

Aujourd'hui la malade va bien, mais est vite fatiguée.

OBSERVATION IX. — A. A..., 22 ans.

*Pleurésie gauche, un an après
arthrite tuberculeuse du coude. Résection.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement n'a présenté aucune maladie à retenir dans son enfance.

A 18 ans, il fait une *pleurésie gauche* avec point de côté et dyspnée violents. Il est obligé de garder le lit plus d'un mois, sa convalescence traîne un peu. Depuis aucun trouble pulmonaire.

Un an après, il ressent des douleurs dans son coude gauche, il est gêné dans ses mouvements, ses muscles du bras et de l'avant-bras s'atrophient, son coude grossit ; un médecin consulté lui fait une ponction, puis un peu plus tard lui met le coude dans un plâtre ; mais malade peu patient, il brise le plâtre. Quelque temps après, 2 fistules ayant apparu, on l'envoie dans le service. On est en présence d'une belle arthrite tuberculeuse du coude gauche fistulisée.

On lui fait une résection. L'examen de la pièce montre une ankylose complète des trois os de de l'articulation. Les os sont friables mais n'ont

pas de caverne à proprement parler. Résultats ultérieurs excellents : il est mécanicien et fait parfaitement son travail.

OBSERVATION X. — F. B..., 32 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse gauche, 4 ans après
tumeur blanche du poignet droit.*

Aucun antécédent héréditaire. Marié, sa femme et ses enfants se portent bien.

Personnellement a fait une pleurésie séro-fibrineuse gauche il y a 4 ans, caractérisée par un début insidieux, une durée de deux mois, une convalescence longue. Actuellement on trouve à l'examen pulmonaire l'existence d'une symphyse pleurale gauche et à la radioscopie l'immobilisation du diaphragme de ce côté.

Aujourd'hui, il se présente à nous avec une tumeur blanche du poignet droit : l'affection aurait débuté, il y a 6 mois, par une douleur vive au niveau du poignet suivie de gêne dans les mouvements des doigts et bientôt suivie de tuméfaction. Il présente aujourd'hui une atrophie de 3 cm. au niveau de l'avant-bras. La tuméfaction s'étend sur le 1/3 inférieur de l'avant-bras, le poignet et la main. La peau est mince, lisse, violacée. Les mouvements spontanés sont impossibles et les mouvements passifs sont limités et très douloureux. Nombreux ganglions dans l'aisselle.

On lui fait un plâtre immobilisant sa main et son poignet en extension. Bon résultat.

Le malade aujourd'hui, soit 4 ans après, est guéri, mais il ressent parfois de vives douleurs articulaires.

OBSERVATION XI. — Mlle G. J..., 21 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite, suivie peu de temps après d'hydarthrose tuberculeuse du genou gauche.

On ne sait rien sur ses antécédents héréditaires ou collatéraux.

Personnellement elle a fait vers l'âge de 18 ans une pleurésie droite qui l'obligea à garder le lit près d'un mois et dont elle s'est remise lentement. L'auscultation pulmonaire nous montre la présence de quelques frottements à la base droite.

Présente quelque temps après une arthralgie de l'articulation tibio-tarsienne qui disparaît après quelques topiques et le repos.

Peu de temps après elle ressent une vive douleur dans son genou gauche. Aujourd'hui cette douleur s'est accrue, son genou a grossi, sa cuisse est atrophiée de 1 cm., ses mouvements sont gênés mais conservés, il existe des points douloureux au niveau du plateau tibial, et quelques petits ganglions inguinaux. On est en présence d'une hydarthrose tuberculeuse typique du genou gauche.

La mise en plâtre améliore la malade. Depuis, dès qu'elle fatigue un peu, son genou se remet à grossir.

OBSERVATION XII. — A. M..., 33 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche, quelque temps après tuberculose ostéo-articulaire du coude gauche. Résection.

Parents en bonne santé. Une sœur morte en bas-âge de méningite.

Personnellement, mobilisé en 1914, il a fait une pleurésie gauche en 1917, qui débuta insidieusement par un point de côté et de la fièvre. Ce ne fut que huit jours après qu'on s'aperçut qu'il avait une pleurésie : on lui fit une ponction de deux litres, malgré cela elle dura deux mois et fut suivie d'une convalescence de 6 bons mois. A l'examen de son poumon, actuellement il subsiste une diminution des vibrations et du murmure vésiculaire et de la submatité.

Quelque temps après cette pleurésie, il ressent des douleurs dans le coude gauche, d'abord intermittentes, calmées par le repos. Puis elles augmentent, deviennent continues, son coude grossit, ses mouvements se limitent : la flexion est à 45°, l'extension à 150°, la supination nulle. On est en présence d'une tumeur blanche du coude.

On lui fait une ponction et six mois après une résection : les lésions ont leur maximum au niveau de l'olécrane et de la cavité sigmoïde du cubitus. L'humérus est lésé superficiellement, surtout au niveau du condyle et de l'épicondyle mais pas de tubercule central. Le cartilage est détruit, l'os érodé. Ayant fait une repullu-

lation qui nécessita une nouvelle intervention, il mit 2 à 3 ans pour se guérir complètement : aujourd'hui il va parfaitement bien.

OBSERVATION XIII. — J. J..., 44 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse gauche, peu de temps après arthrite tuberculeuse du genou gauche. Amputation.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement fièvre typhoïde à 38 ans.

Pleurésie gauche en janvier 1925, pour laquelle il entre salle Saint-Jean : matité de bois à la base, dans l'aisselle remontant en arrière jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'angle de l'omoplate. Vibrations abolies, souffle pleurétique. On lui fait une ponction. Sa pleurésie traîne et deux mois et demi après le début, alors qu'il n'est pas encore guéri, il ressent des douleurs dans son genou gauche avec sensation de lourdeur dans la jambe. Son genou augmente de volume.

Aujourd'hui, soit 6 mois après ce début son genou est très gros, la peau est lisse et tendue. Fonte musculaire de tout le membre. Au palper on trouve l'article bourré de fongosités pseudo-fluctuantes.

Malade n'étant pas soulagé par l'immobilisation et son genou constituant pour l'organisme un foyer infectant grave, on lui fait une amputation de cuisse.

Le malade n'allant pas très bien et se mettant à tousser est envoyé au Perron.

Nous apprenons qu'il meurt 6 mois après de tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION XIV. — L. B..., 54 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse gauche, 2 ans après
tumeur blanche du cou-de-pied. Amputation.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Présente durant son service militaire une gastro-pathie l'obligeant depuis cette date à suivre un régime.

Présente à l'âge de 48 ans une pleurésie gauche, caractérisée par : point de côté violent, dyspnée vive, durée de plusieurs mois. On lui fit des pointes de feu mais point de ponction.

Deux ans plus tard, il ressent des douleurs dans son articulation tibio-tarsienne gauche qui se met à enfler. Il est obligé de quitter son travail. Le repos l'améliore, mais dès qu'il reprend son travail, nouvelles douleurs et nouvelle tuméfaction de son cou-de-pied.

Aujourd'hui son cou-de-pied est gros, rénitent, avec points osseux douloureux, atrophie du mollet de 2 cm., ganglions inguinaux, impotence fonctionnelle.

Il s'agit d'une tumeur blanche du cou-de-pied gauche, nécessitant une amputation de jambe : l'examen anatomo-pathologique et bactériologique confirme la nature tuberculeuse.

Résultats immédiats bons. Nous ne connaissons pas l'état de santé actuel du malade.

OBSERVATION XV. — Mme G. P., 38 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse gauche, 6 ans après
kyste synovial tuberculeux du poignet.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.
Personnellement affections banales dans son enfance (scarlatine, rougeole, coqueluche).

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans.

A 30 ans, présente une pleurésie gauche avec douleur à la base du thorax gênant sa respiration. On lui fait une ponction exploratrice négative. Dure plus d'un mois et a une convalescence longue.

L'affection que présente actuellement la malade est un kyste du poignet gauche. Elle le vit apparaître il y a 2 ans et depuis, elle l'a vu grossir petit à petit jusqu'au point de la gêner considérablement et de l'obliger à quitter son travail.

On est en présence d'une tumeur arrondie, saillante, fluctuante, non réductible, non douloureuse à la palpation. L'immobilisation soulage la malade. On fait une ponction : l'inoculation est positive : l'animal meurt spontanément 15 jours après : les ganglions sont un peu hypertrophiés et quelques-uns caséifiés.

Nous n'avons pas actuellement de nouvelles de la malade.

OBSERVATION XVI. — Mme J. M., 25 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse gauche, 3 ans après
arthrite tuberculeuse du poignet.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement a fait il y a trois ans une pleu-

résie gauche qui l'obligea à garder le lit deux mois, fut ponctionnée et dont la convalescence traîna un peu.

Aurait fait, il y a deux ans, une chute sur son poignet, de vives douleurs en auraient résulté, mais se passèrent complètement. Quelques mois plus tard, son poignet se met à enfler de nouveau, les mouvements deviennent douloureux, il se forme un abcès qui s'ouvre, une fistule s'établit d'où s'écoule un pus séro-grumeleux pendant 6 mois, puis elle se ferme. Mais l'impotence de son poignet augmente de plus en plus et les mouvements sont accompagnés de douleurs très vives. On est en présence d'une arthrite tuberculeuse du poignet. L'immobilisation en plâtre donne un résultat satisfaisant. Actuellement la malade dit ne s'en être jamais ressentie depuis.

OBSERVATION XVII. — C. Th..., 27 ans.

Pleurésie séro-fibrineuse droite, peu de temps après tumeur blanche du genou droit. Résection.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement il se porte bien jusqu'à 17 ans ; à cet âge il fait une pleurésie droite qui débute insidieusement par un point de côté caractérisé par de la dyspnée vive, une durée de six bonnes semaines, une convalescence longue. Il ne fait pas de service militaire à cause de cette pleurésie.

Peu de temps après cette affection, il remarque que dès qu'il est assis, son genou s'enraidit et qu'il enfle un peu de temps en temps. Il ne

s'en préoccupe pas outre mesure, les années passent, son genou enfle progressivement et aujourd'hui il nous vient avec un genou doublé de volume, fixe dans une 1/2 flexion. Sa jambe et sa cuisse sont atrophiées. Les culs-de-sac synoviaux sont empâtés et douloureux au palper. On trouve de petits ganglions dans l'aîne. On est en présence d'une belle tumeur blanche du genou. La mise en plâtre n'ayant rien donné, trois mois après on lui fait une résection. L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du genou forme fongueuse. Aujourd'hui le malade va bien et n'a fait aucune autre affection tuberculeuse depuis.

*Pleurésie séro-fibrineuse, deux ans après
tumeur blanche du genou gauche. Amputation.*

OBSERVATION XVIII. — M. B..., 30 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement fait à 24 ans une pleurésie séro-fibrineuse gauche dont le diagnostic est affirmé par ponction : liquide clair, par une durée de deux mois, une convalescence longue, des séquelles laissées : matité et frottement de la base gauche.

Deux ans après il fait un abcès froid de la paroi thoracique.

Peu de temps après il fait une chute sur le genou gauche qui grossit et reste douloureux. Il ne s'en inquiète pas trop au début, mais l'année suivante voyant ses mouvements se limiter, il entre dans le service où on pose le diagnostic de tumeur blanche d'ailleurs confirmé par une

ponction dont le liquide donne une inoculation positive. On lui met son genou dans un plâtre. Il est amélioré.

Trois ans après sa tumeur blanche s'est aggravée ; de plus il tousse et a craché du sang.

On lui fait une amputation mais il meurt deux jours après de tuberculose généralisée.

OBSERVATION XIX. — E. C..., 42 ans.

*Pleurésie séro-fibrineuse, six mois après
arthrite tuberculeuse de l'épaule. Résection.*

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral.

Personnellement, il serait sujet à des bronchites.

Il y a deux ans, il fait une pleurésie qui a débuté insidieusement par un point de côté, avec gêne respiratoire, il fut obligé de garder le lit six bonnes semaines. Sa convalescence fut longue.

Six mois après, il ressent des douleurs dans l'épaule droite, s'irradiant à la face interne du bras et au bord radial de l'avant-bras, douleurs survenant surtout après un effort, calmées par le repos. On pense à une arthrite tuberculeuse de l'épaule et on l'immobilise dans un plâtre. Aujourd'hui, le plâtre étant enlevé et se trouvant dans de bonnes conditions opératoires, on lui fait une résection : la synoviale est tapissée de fongosités violacées ; il n'y a pas de lésion d'ostéite visible sur la cavité glénoïde. Il existe un gros abcès fongueux fusant le long du deltoïde.

Il se porte bien depuis.

OBSERVATION XX. — F. C..., 38 ans.

Pleurésie sèche à droite, deux ans après pleurésie sèche à gauche, ostéo-arthrite tuberculeuse du coude gauche cinq ans après.

Antécédents chargés : en mars 1915 : pleurésie du côté droit, il est alité pendant plus d'un mois, a un point de côté violent, une dyspnée vive. On lui fait une ponction exploratrice négative.

En mai 1917 : pleurésie gauche, nouvelle ponction exploratrice négative.

En novembre 1918, il fait une poussée aiguë d'épididymite à gauche : aucun antécédent gonococcique ne semble en cause.

Jusqu'en 1925 il ne ressent rien de spécial. Il se marie, sa femme se porte bien.

Passant à cette date un conseil de réforme, on est frappé par l'existence d'urine trouble cependant que le malade accuse des douleurs rénales. L'inoculation au cobaye des urines totales est positive. On lui donne à ce moment 50 % pour ses reins, 10 % pour son bras dont il souffre déjà depuis quelques années et 10 % pour les atteintes pleuro-pulmonaires.

Jusqu'en janvier 1931 il ne souffre pas trop : douleurs rénales, lumbagos, quelques poussées thermiques. A cette date gros amaigrissement, poussées fébriles ; on le réforme à 150 %.

L'affection actuelle remonte à 1922, par conséquent serait la première localisation qui aurait suivi les pleurésies. Elle a commencé par des douleurs peu aiguës en général, mais avec poussées lancinantes paroxystiques survenant par

ticulièrement la nuit et entraînant de l'insomnie, augmentées par fatigue et effort ; en 1925 ses mouvements deviennent limités, fait reconnu médicalement puisque le conseil de réforme lui accorde 10 %. On lui fait de temps en temps des pointes de feu ; il peut ainsi continuer son travail jusqu'en mai 1931. A cette date les douleurs revêtent une allure fort aiguë, le coude se tuméfie rapidement et en une quinzaine de jours, à la simple limitation des mouvements, fait suite une forte impotence fonctionnelle.

Le bras a fondu : l'atrophie est de 5 cm.

La radiographie montre une géode à contours nets dans le massif épicondylien, une géode dans l'épiphyse supérieure du cubitus et un foyer d'ostéite le long du bord interne de l'apophyse coronoïde.

On lui fait des rayons ultra-violets, de la radiothérapie et on l'immobilise.

Aujourd'hui, octobre 1931, l'immobilisation n'ayant rien fait et la radiographie montrant une aggravation des lésions de son ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, on se propose de lui faire une résection.

CHAPITRE III

Etude critique des observations

Nous avons réuni 100 cas consécutifs d'arthrites et de synovites tuberculeuses.

En reprenant tous ces cas un à un, nous remarquons que sur les 100 malades dont nous avons relevé les observations :

- 48 n'ont pas d'antécédents tuberculeux ;
- 52 virent leur arthrite ou synovite succéder à une atteinte tuberculeuse antérieure, dont :
 - 20 à une pleurésie séro-fibrineuse ;
 - 19 à une affection pulmonaire tuberculeuse bien caractérisée ;
 - 4 à des antécédents pulmonaires probablement bacillaires ;
 - 9 à des affections locales tuberculeuses diverses, telles que maux de Pott, adénites, ganglions suppurés.

Nous voyons donc par ces chiffres que dans les 100 cas d'arthrites ou de synovites tuberculeuses con-

sidérés, nous en avons 20 qui sont précédés d'une pleurésie séro-fibrineuse : soit une proportion de $1/5$, ce qui représente une fréquence assez considérable.

Si maintenant, nous comparons entre eux les différents antécédents signalés dans ces 52 observations, nous remarquons que la fréquence de la pleurésie séro-fibrineuse est environ double de celle des affections locales tuberculeuses diverses et égale à celle des affections pulmonaires tuberculeuses caractérisées.

Cette dernière remarque a une très grande importance au point de vue séméiologique des arthrites ou synovites tuberculeuses, car savoir que notre malade a présenté une pleurésie séro-fibrineuse quelque temps avant, sera pour nous un fait aussi sûr pour établir la nature tuberculeuse de son affection articulaire que la présence d'une localisation pulmonaire tuberculeuse bien caractérisée. Donc, dans l'interrogatoire du malade il faudra non seulement insister sur le fait qu'il tousse ou crache, mais bien aussi sur le fait qu'il a présenté, à un moment donné, des points de côté, de la dyspnée vive, un séjour au lit de six semaines, signes d'une atteinte pleurale séro-fibrineuse antérieure.

Un autre fait important à relever est de voir le temps qui s'écoule entre la pleurésie séro-fibrineuse et l'arthrite qui lui fait suite.

Reprenons nos 20 observations du chapitre II, nous constatons ceci :

Dans 7 (1, 2, 11, 12, 13, 17, 19) l'arthrite ou synovite tuberculeuse se déclare pendant la con-

valescence de la pleurésie ou la suit de quelques mois seulement, 3 à 4 en moyenne.

Dans 4 (3, 5, 6, 9) l'arthrite apparaît un an après.

Dans 3 (4, 14, 18) c'est dans le courant de la deuxième année que l'on voit se manifester l'accident articulaire ; dans 1 (16) au cours de la troisième année, dans 2 (7, 10) au cours de la quatrième année, dans une (20) au cours de la cinquième année, dans une (15) au cours de la sixième année, et dans une dernière enfin (8) au cours de la huitième année.

Si nous cherchons la durée moyenne de l'intervalle séparant la pleurésie séro-fibrineuse de l'apparition des manifestations articulaires tuberculeuses, nous la trouvons égale à 25 mois, soit un peu plus de 2 ans. Et il est à remarquer que 11 cas sur 20, soit un peu plus de la moitié, cette durée est égale ou inférieure à un an.

Ces constatations nous font voir que dans la majorité des cas, l'affection articulaire tuberculeuse n'attend pas des années après la pleurésie séro-fibrineuse pour se manifester, mais se fait pendant la convalescence surtout, ou dans le cours des deux premières années qui suivent. Par conséquent, au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'atteinte pleurale, le sujet sera de moins en moins exposé à faire une localisation articulaire ou synoviale tuberculeuse.

Si nous regardons les travaux des auteurs concernant l'avenir des pleurétiques, nous voyons qu'il en est presque de même pour les localisations pulmonaires qui succèdent aux pleurésies séro-fibrineuses :

elles apparaissent surtout dans les années qui suivent. M. le Professeur Brelet, de Nantes, nous dit que sur 37 malades ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse 5 ans après, 6 sont atteints de tuberculose pulmonaire, les 31 autres sont guéris au point de vue plèvre et poumons, mais certains, après avoir fait d'autres localisations tuberculeuses graves : 3 font des maladies articulaires dont deux nécessitent l'amputation, 2 présentent un mal de Pott, 2 autres une tuberculose ganglionnaire.

Tout cela nous montre que le pleurétique est sujet à faire d'autres localisations tuberculeuses surtout dans les premières années qui suivent son atteinte pleurale et qu'il y a donc intérêt à surveiller de près sa convalescence, car non seulement il risque de présenter une tuberculose pulmonaire plus ou moins évolutive, mais il a autant de chances de contracter une tuberculose synoviale ou articulaire.

Si nous regardons maintenant nos observations au point de vue de la gravité des arthrites ou synovites tuberculeuses qui ont succédé à une pleurésie séro-fibrineuse nous constatons ceci :

Sur les 20 malades, 12 ont eu des manifestations articulaires très sévères puisque dans 7 cas on fut obligé de faire une résection (3 résections du genou (2, 6, 17), 3 du coude (4, 9, 12), une de l'épaule (19), et dans 5 une amputation de l'article correspondant fut nécessaire : 3 amputations de cuisse (3, 13, 18), une de jambe (14), et une du pouce (5) peu grave en réalité vu la faible importance de l'article.

Mais si maintenant nous considérons l'état de santé des malades après leur traitement, nous voyons qu'il est bon en général : deux seulement (13, 18) sur les vingt sont morts : le 1^{er} de tuberculose pulmonaire six mois après, le 2^e de granulie deux jours après avoir été opéré. L'état de santé des 18 autres est bon : à l'heure où nous écrivons ce travail, 10 (1, 2, 3, 4, 5, 9, 12, 16) se portent très bien et n'ont fait aucun autre accident tuberculeux quel qu'il soit depuis.

Quatre (7, 8, 10, 11) vont beaucoup mieux : ils peuvent faire leurs travaux, mais ils souffrent encore de temps en temps de leur affection articulaire.

L'état de santé de trois autres (6, 14, 15) nous est inconnu : ils se portaient bien lorsqu'ils ont quitté le service.

Quant au 20^e (20) il est actuellement en traitement dans le service de M. le Professeur Tixier et nous n'en avons pas tenu compte dans l'établissement du pronostic.

De ces dernières remarques nous constatons que le pronostic des localisations tuberculeuses synoviales ou articulaires post-pleurétiques, se montre grave au point de vue local et fonctionnel de l'articulation qui est atteinte par le microbe infectieux, puisque 12 fois sur 20, on est obligé de faire une intervention chirurgicale.

Mais au point de vue général, il reste bon : sur 20 cas deux seulement sont morts. Cela peut nous faire supposer que si le microbe tuberculeux en cause a une prédilection pour se localiser à la fois sur la plèvre et sur les séreuses articulaires, il n'a pas ten-

dance à quitter ce domaine et produire une affection tuberculeuse manifestement plus grave.

Ceci paraît confirmer l'opinion des anciens auteurs qui considèrent le moins grave, la localisation ganglionnaire et articulaire de la tuberculose et l'englobent sous l'étiquette de la scrofule. Il s'agit, peut-être, d'une race particulière, ou d'une forme spéciale à virus atténué du bacille tuberculeux, telle que, par exemple, S. Arloing essaya de les individualiser. A ce point de vue, il ne nous a pas été possible, par des inoculations en série au cobaye et au lapin de caractériser une forme spéciale à affinités pour les séreuses et synoviales du bacille de Koch. Il est possible cependant que ce côté bactériologique de la question puisse être envisagé un jour et acquérir une importance pratique dans la recherche du pronostic.

Conclusions

I. — La fréquence des antécédents pleurétiques est considérable chez les malades atteints d'arthrites et synovites tuberculeuses.

II. — Cette fréquence recherchée sur une statistique de 100 cas consécutifs recueillis dans la clinique de M. le Professeur Tixier a été trouvée égale à 20 % (égale à la fréquence des affections pulmonaires tuberculeuses caractérisées).

III. — La durée moyenne de l'intervalle séparant la manifestation pleurétique de l'apparition des localisations synoviales ou articulaires tuberculeuses a été trouvée égale à 25 mois. Dans 11 cas sur 20 elle était égale ou inférieure à un an.

IV. — Il y a donc intérêt à surveiller de près les malades convalescents de pleurésie séro-fibrineuse : non seulement ils risquent de présenter une tuberculose pulmonaire plus ou moins évolutive, mais ils ont autant de chance de contracter une tuberculose chirurgicale synoviale ou articulaire.

V. — Le pronostic de ces localisations tuberculeuses synoviales ou articulaires post-pleurétiques s'est montré bon au point de vue général (sur 20 cas deux seulement sont morts). Mais au point de vue local et fonctionnel, il s'agit presque toujours (12 fois sur 20) de localisations sévères nécessitant une intervention (7 résections, 5 amputations).

Les résultats opératoires ont été dans l'ensemble excellents. Aucun des malades guéris n'a présenté de nouvelle localisation pulmonaire.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TIXIER.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 3 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie ⁽¹⁾

- AMEUILLE (P.). — Tuberculose pleurale et tuberculose généralisée des séreuses (*Ann. de Méd.*, Paris, 1917, IV, pages 55 à 72).
- ARLOING (S.). — Leçons sur la tuberculose et certaines septicémies, scrofule et tuberculose, 13° et 14° leçons, pp. 147 à 178).
- BESANÇON et DE JONG. — *Pathologie médicale*, 1923, t. II. Art. Pleurésies.
- BRELEZ. — L'avenir des pleurétiques (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 1924, t. I, p. 380).
- 2° note (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, t. I, p. 67).
- CASTAIGNE (J.). — Recherches récentes sur la tuberculose des séreuses (*Revue de la tuberculose*, 1900-1901, t. 8, pp. 56 à 76 et 209 à 227).
- JOANNY. — Pronostic éloigné de la pleurésie (Thèse de Paris, 1881).

(1) Vu l'étendue du sujet, cette bibliographie ne peut être que très incomplète, et nous nous excusons à l'avance si nous avons omis quelque travail important.

- LANDOUZY et LABBÉ. — Art. pleurésies. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, t. VIII, Paris 1901)).
- LETULLE et HALBRON. — Complications pleurales et articulaires de la tuberculose pulmonaire (XII, N^{os} 272 et 283 du *Nouveau Traité de Médecine* de Roger, Vidal, Teissier. — Paris, Masson, 1926).
- LIMBOUR (Pierre). — L'avenir des pleurétiques (Thèse de Paris, 1926).
- PÉHU et DAQUET. — Recherches sur les séquelles lointains des épanchements pleuraux (*Ann. de Médecine*, 1917, p. 428).
- PRUVOST. — Tuberculose pulmonaire. Tuberculose des séreuses (1 vol. Paris, Doin, 1927).
- THÉVENOT (Léon). — La tuberculose articulaire, 1 vol. 391 p.
- VIGNARD. — Arthrites tuberculeuses (Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet, t. VIII, 2^e édition. Paris, Baillière, 1925).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — OBSERVATIONS	11
Malades atteints d'arthrites ou synovites tuberculeuses n'ayant pas présenté de pleurésie séro-fibrineuse auparavant.	
CHAPITRE II. — OBSERVATIONS.	31
Malades atteints d'arthrites ou synovites tuberculeuses ayant présenté une pleurésie séro-fibrineuse auparavant.	
CHAPITRE III. — ETUDE CRITIQUE DES OBSERVATIONS	51
CONCLUSIONS.	57
BIBLIOGRAPHIE	59



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 **IMPRIMEURS - ÉDITEURS** 00 00

00 **42, QUAI GAILLETON, 42** 00

00 00 00 00 **LYON** 00 00 00 00



